

Филијала: \_\_\_\_\_  
Датум на пријава: \_\_\_\_\_  
Датум на настан: \_\_\_\_\_

Штета бр: \_\_\_\_\_  
Полиса бр: \_\_\_\_\_  
Важност: \_\_\_\_\_

## БАРАЊЕ ЗА НАДОМЕСТ НА ШТЕТА ОД НЕСРЕЌЕН СЛУЧАЈ - УЧЕНИЦИ

### ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

Назив на Договорувачот			
Име и презиме на осигуреник			
ЕМБГ/ЕДБ на осигуреник		Контакт/Тел	
Адреса / Место на живеење			

### ПОДАТОЦИ ЗА ШТЕТНИОТ НАСТАН (НЕСРЕЌЕН СЛУЧАЈ)

Датум		Место	
-------	--	-------	--

### ОПИС НА ШТЕТЕН НАСТАН

Детален опис на причините и околностите на настанување на штетата (на кое место, на кој начин, при каква работа и од кои причини)	
Какви повреди предизвикал несреќниот	
Кој лекар укажал прва помош? (име, презиме и во која здравствена установа)	
Кај кој лекар се наоѓа сега повреденото лице на лекување? (име, презиме и во која здравствена установа)	
Дали повредениот има историја на тешка болест и/или телесна маана? (Ако ДА, објаснете каква)	
Кој го издржува повредениот? (име и презиме, ЕМБГ, сродство и адреса на живеење)	

За валидноста на податоците, наведените во оваа пријава на штета, одговарам под полна морална, матерјална и кривична одговорност.

Изјавувам дека сум согласен наведените личните податоци во пријавата и документацијата од страна на ГРАВЕ Осигурување Неживот АД Скопје да бидат употребени, обработени, регистрирани и зачувани, со цел да се изврши верификација и проверка во остварувањето на моето право од осигурување, како и во други случаи утврдени со закон а во согласност со Законот за заштита на личните податоци. Изјавувам дека сум согласен за истите цели да се направат фотокопии од моите лични документи и тоа:

Медицинска документација     транс. сметка     извод на родени

\_\_\_\_\_  
ОСИГУРЕНИК / ОШТЕТЕН  
л.к. бр.    МВР

Корисникот на осигурувањето		ЕМБГ	
Трошоци платени од осигуреникот		Валута	

Се бара исплата на надомест во износ од \_\_\_\_\_

**НАПОМЕНА: Во прилог да се достават сите докази за направени трошоци (од болница, аеродром и сл.)**

Одобрениот износ на штета во согласно со важечки услови за осигурување да се исплатат на следната трансакциска сметка број \_\_\_\_\_ депонент \_\_\_\_\_ сопственост на \_\_\_\_\_

За валидноста на податоците, наведените во оваа пријава на штета, одговарам под полна морална, материјална и кривична одговорност .

Изјавувам дека сум согласен наведените личните податоци во пријавата и документацијата од страна на ГРАВЕ Осигурување Неживот АД Скопје да бидат употребени, обработени, регистрирани и зачувани, со цел да се изврши верификација и проверка во остварувањето на моето право од осигурување, како и во други случаи утврдени со закон а во согласност со Законот за заштита на личните податоци. Изјавувам дека сум согласен за истите цели да се направат фотокопии од моите лични документи и тоа:

транс. сметка    извод на родени

ОШТЕТЕН / КОРИСНИК

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

л.к. бр.

МВР

### ПОТВРДА ОД УЧИЛИШТЕТО

Дека со пријава бр \_\_\_\_\_ под ред. бр. \_\_\_\_\_ запишан е ученик во \_\_\_\_\_ клас на ова училиште И платил премија од \_\_\_\_\_ денари на ден \_\_\_\_\_ и дека од повредата што ја здобил во горенаведениот несреќен случај не ја прател следел – не бил способен за школска работа во време од \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_

Посебна напомена на училиштето \_\_\_\_\_

Датум \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ год.

\_\_\_\_\_

(Печат и потпис на овластено лице)

**Напомена: Оваа потврда важи без лекарски докази, само ако неспособноста за училишна работа траела најмногу до 30 дена. За неспособноста која што траела повеќе од 30 дена нема да пополни оваа лекарска потврда.**